UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Fibromes de la Portion Sus-Vaginale

DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juillet 1920

PAR

Marie OGANDJANIANTZ

Née à Elisabetpol (Russie), le 10 février 1885

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE TOULON ET DE NIMES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

- De ROUVILLE, prof. adj., *Président.*
- GRANEL, professeur.
- RICHE, agrégé. } *Assesseurs.*
- ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE LA PORTION SUS-VAGINALE

DU COL DE L'UTÉRUS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0108

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 8

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Fibromes de la Portion Sus-Vaginale

DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juillet 1920

PAR

Marie OGANDJANIANTZ

Née à Elisabetpol (Russie), le 10 février 1885

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE TOULON ET DE NIMES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

. UNIV.
LIOTHEEK
EIDEN

Examinateurs de la Thèse

- DE ROUVILLE, prof. adj., *Président.*
- GRANEL, professeur.
- RICHE, agrégé. *Assesseurs*
- ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✲)..... Doyen.
FORGUE (O ✲)..... Assesseur.
IZARD..... Secrétaire.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✲).
Physiologie.....	HEDON (✲).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✲)
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✲).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (⚜)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (⚜)
Microbiologie.....	N. . .
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, MOURET, VEDEL
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeur honoraire: M. E. BERTIN-SANS (✲).
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM De ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✲ ⚜, a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ✲ ⚜, a. l. (ch de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON ✲ (⚜), doct (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ⚜).	J. DELMAS (⚜).	VALLOIS H. ⚜ (ch. d'agr.
RICHE.	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse

MM. De ROUVILLE, profes., adj. *president.* | MM. RICHE, agrégé.
GRANEL, professeur. | ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MADAME TISSIÉ

Faible témoignage de ma profonde et respectueuse affection et de ma plus vive reconnaissance.

A MISS GRIGORY

ARTISTE PEINTRE

Qu'elle veuille bien croire à mes sentiments de respectueuse reconnaissance et de profond attachement.

M. OGANDJANIANTZ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

Humble témoignage de reconnaissance pour son enseignement pratique et instructif et pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider ma thèse.

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIALLETON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRYNFELLT

Hommage de ma reconnaissance pour toute la bienveillance qu'ils m'ont témoigné au cours de mes études.

A MONSIEUR LE PROFESSERR VALÉRY

DOYEN DE LA FACULTÉ DE DROIT

En témoignage de sa haute protection à mon égard, et pour le remercier de son extrême bonté pour moi.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUCOS

MÉDECIN-CHEF A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE CADILLAC

En souvenir de sa bienveillance à nos égards et de ses leçons instructives.

M. OGANDJANIANTZ.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE LA PORTION SUS-VAGINALE

DU COL DE L'UTÉRUS

DEFINITION

Il y a deux grandes variétés de fibromes du col. Les uns naissent de la partie intra-vaginale du col et continuent à se développer dans l'intérieur du vagin. Les autres ont leur point d'origine dans la partie supra-vaginale du col; ils se développent dans le pelvis, passent même dans la cavité abdominale, lorsque ils ont atteint un volume considérable; il y a, comme nous le voyons, entre les deux variétés, deux points distincts, c'est d'abord l'origine et ensuite la direction. Mais quand on étudie de plus près ces deux groupes, on voit qu'ils diffèrent encore par certains détails symptomatiques.

Les fibromes supra-vaginaux du col ont des rapports très importants dans le pelvis; il en résulte toute une série de désordre que l'on rencontre exceptionnellement dans les fibromes de la partie intra-vaginale. C'est des fibro-myomes supra-vaginaux que nous nous occuperons dans ce

travail. Nous comprendrons dans ce titre non seulement les tumeurs qui naissent dans la partie du col comprise entre le vagin et l'orifice interne. Nous étendrons aussi notre étude sur ceux nés de l'isthme ou de la partie très voisine de l'utérus.

Les fibromes nés en ce point présentent tous des caractères communs si nombreux que l'on peut les grouper sous le même titre. Cette variété de fibromes n'est pas fréquente. Les chiffres que donnent les auteurs à ce sujet sont assez discordants, mais ils montrent tous la rareté des fibromes du col par rapport à ceux du corps. Sims note une proportion de 1,6 p. cent. M. le professeur de Rouville 3 p. cent. Schvartz et Heppe donnent un chiffre beaucoup plus élevé: 20 p. cent. Enfin, Legale-Lassale, qui a publié une très bonne série d'ensemble de la question, relève 28 fibromes du col sur 332, soit une proportion de 8,3 p. cent.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Toutes les causes prédisposantes qui ont été invoquées dans l'étiologie des fibromes utérins en général, peuvent être passées en revue pour les fibromes du col en particulier. Nous ne parlerons pas de l'influence de la stérilité de l'hérédité, du tempérament, etc. Au point de vue de l'âge on rencontre les fibromyomes supra-vaginaux du col pendant la période d'activité génitale de la femme, entre 30 et 50 ans. En ce qui concerne la pathogénie, différentes opinions ont été émises, afin d'apporter une solution au problème.

Conheime pensait que les fibromyomes naissent aux dépens de reliquat embryonnaire. Cette opinion ne doit pas nous arrêter et il nous paraît inutile d'exposer longuement ici toutes les objections qui lui ont été faites.

C'est la théorie vasculaire défendue par Peillet et Coste, Klenvachster, Scolonie, qui est généralement admise aujourd'hui.

Ces auteurs voient l'origine des fibromes dans l'adventice des capillaires, dont les cellules prolifèrent et refoulent le tissu voisin.

Mais, même en admettant cette origine vasculaire, un point reste obscur dans cette question de la pathogénie.

Quelle est la cause première déterminante de la néoplasie ? Nous ne pouvons pas invoquer ici la théorie infectieuse (Schwartz et Heppe) parce que, comme le fait remarquer avec juste raison Legal-Lassalle, le col est le premier atteint par l'infection, et cependant les cas de fibromyomes du col sont rares. Si l'infection est une cause adjuvante, elle ne paraît pas devoir être considérée comme cause première.

Une autre théorie plus moderne attribue la prolifération néoplasique à des hormones ovariennes. Elle paraît corroborer par les modifications que la castration des ovaires imprime en général sur le volume des fibromes, mais les expériences et les examens publiés sur ce sujet ne sont pas encore assez concluants pour imposer cette opinion.

En résumé, on connaît certaines causes prédisposantes de la fibromatose utérine; on n'est pas encore suffisamment fixé sur sa pathogénie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET RAPPORTS

Les fibromes sus-vaginaux du col sont généralement uniques, il y a peu de cas de fibromes multiples.

Leur poids et leurs dimensions sont très variables. On en trouve qui sont comme un œuf de poule et d'autre qui pèsent 4 kilogs 500, comme dans l'observation de Vituj. Le col est dur, souvent intéressé par la fibromatose. D'après la statistique de Forsatie, il est septique dans 50 p. cent des cas. Le corps a des situations variables, il est en rétro-déviation, rejeté sur les côtés, ou bien il surplombe la tumeur cervicale.

La cavité utérine est généralement augmentée, comme cela se remarque dans tous les cas de fibromes.

Au point de vue de leurs relations avec la partie utérine, les fibromes du col peuvent être divisés en sous-muqueux (très rare), interstitiels et sous-péritonéaux. Les fibromes interstitiels sont ceux qu'on rencontre le plus souvent. Les fibromes sous-muqueux sont surtout graves dans le cas de grossesse, parce qu'ils peuvent apporter un obstacle sérieux à l'accouchement. Quant aux deux autres variétés, ils sont surtout interessants par leurs rapports avec les organes voisins.

Jetons, en effet, un coup d'œil sur l'anatomie de la région; nous voyons que la portion sus-vaginale du col répond en avant à la vessie, dont elle est séparée par un tissu cellulaire lâche, ce qui facilite le décollement pendant l'hystérectomie. En arrière, elle est en rapport avec le rectum, dont elle est séparée par le cul-de-sac de Douglas. Enfin, les bords latéraux présentent des rapports avec l'uretère, l'artère utérine et ses plexus veineux.

L'artère utérine sort d'abord, l'uretère s'infléchit ensuite en haut et atteint le col au niveau de son extrémité supérieure. Quant à l'uretère, il croise le bord latéral du col un peu au-dessous de son orifice interne, s'applique contre le cul-de-sac antéro-latéral du vagin, atteint la paroi vaginale antérieure en un point correspondant à l'orifice externe du col et pénètre dans la vessie (Rieffel).

L'utérus étant médian, l'uretère en est séparé par une distance de 12 à 15 millimètres (Testut et Jacob). Ces quelques détails anatomiques nous ont paru utiles; il nous sera plus facile de décrire maintenant les différents rapports que présentent les fibromes suivant la région où ils ont prie naissance.

1° Les fibromes nés à la face antérieure du col ont pour premier effet celui de comprimer la vessie. Celle-ci est déprimée par la tumeur et se moule d'autre part sur la paroi abdominale antérieure, si bien qu'elle finit par prendre, suivant la comparaison classique de Schauta, la forme d'une assiette creuse plaquée sur la face antérieure de la tumeur. Mais là n'est pas le seul effet du développement du fibrome antérieur. La vessie est coincée pour ainsi dire entre la tumeur et la paroi abdominale. Quand elle se remplit, elle se développe suivant la seule direction qui lui reste libre, c'est-à-dire en haut. Elle s'élève dans l'abdomen et peut atteindre l'ombilic.

De ce qui précède on devine les troubles urinaires que présentent très souvent les malades, et combien aussi la blessure de la vessie est facile pendant l'intervention.

2° Les fibromes postérieurs sont les plus fréquents, ils sont d'abord en rapport avec le péritoine, ils se développent dans le Douglas et ils acquièrent un développement considérable; ils peuvent devenir intra-ligamentaire et pousser même des prolongements jusque dans le mésocolon

iliaque; ils peuvent comprimer le rectum, le plexus sacré, les veines du petit bassin.

3° Les fibromes latéraux nés de faces latérales du col sont presque toujours intra-ligamentaires; ils contractent des rapports importants avec les uretères et les utérines. L'uretère est très souvent déplacé par la tumeur; il est soulevé par elle si elle se développe au-dessous de lui, et est au contraire abaissé si le fibrome se développe au-dessus. C'est dans le premier cas que la chirurgie encourt le risque de blesser l'uretère pendant l'hystérectomie.

Les uretères subissent une compression ou une élongation; il en résulte souvent de l'atrophie rénale ou hydronéphrose.

Au point de vue de leur structure histologique

Les fibromes du col ne présentent rien de particulier, ils sont constitués par un feutrage de fibres conjonctifs et musculaires lisses.

Dégénérescence d'après Levis Smeud

La dégénérescence aseptique est exceptionnelle dans les fibromes cervicaux et ceci tiendrait à ce que leur circulation est bien assurée grâce au voisinage des artères utérines.

La dégénérescence maligne a été notée dans un assez grand nombre de cas (Piquond, Mortin).

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptomatologies des fibromes du col ne diffèrent pas beaucoup de celles des fibromes utérins en général. Elles présentent seulement quelques caractères particuliers dus aux rapports anatomiques que nous avons étudiés dans le dernier chapitre.

Avant d'exposer les symptômes nous voulons publier un nouveau cas dû à l'obligeance de notre maître, M. le professeur de Rouville. C'est une observation typique de fibrome supra-vaginal et c'est la raison pour laquelle nous la publions au début de ce chapitre.

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme de 40 ans, dans les antécédents de laquelle il n'y a rien à relever, en dehors de trois grossesses, suivie d'accouchements normaux et d'une menstruation régulière et normale. Mais, depuis plus d'un an, la malade s'aperçoit que ses règles sont devenues plus abondantes et durent plus que d'habitude (6 jours). Les ménorragies vont s'accentuant depuis un an, et depuis cette époque, la malade s'aperçoit de la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche, augmentant de volume progressivement. Douleur lombo-abdominale.

Examen. — A l'inspection, ventre vergeturé, globuleux, surtout dans la moitié gauche.

A la palpation, on sent une tumeur intra-abdominale, dure, mobile et bien délimitée, de forme ovoïde, à grand axe dirigé de gauche à droite et de haut en bas, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt et empiétant légèrement à droite, appliquée au contraire contre l'épine iliaque antéro-supérieure à gauche.

Au toucher, on trouve le col à sa place normale ramolli et entr'ouvert. Dans le cul-de-sac antérieur on trouve une masse dure et assez régulière ; dans le cul-de-sac de Douglas bombe une autre masse ayant même consistance que la précédente et régulière. Entre le col et cette dernière masse existe un sillon nettement perceptible. Les mouvements dans tous les sens imprimés à la tumeur par la main abdominale, sont transmis au col utérin, mais l'inverse n'est pas réalisable, parce que le col est ramolli et ne peut pas transmettre ses mouvements à la tumeur. On pose le diagnostic de gros fibrome utérin.

Intervention le 22 mai 1919

Sous l'anesthésie à l'éther, goutte à goutte. Le ventre est difficile à ouvrir du fait des adhérences du péritoine pariétal à la tumeur ; on se trouve en présence d'une masse énorme qui émerge du petit bassin, se prolonge dans les ligaments larges gauches et jusque dans la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. Au-devant de cette tumeur montait une très grande vessie élargie et lui étant très adhérent. L'utérus n'est pas visible ; on essaie avec le tire-bouchon d'extérioriser la tumeur, mais en vain ; pendant ces manœuvres l'utérus apparaît gros et sous-jacent à la tumeur qui s'en détache au niveau de la portion supra-vaginale du col. L'S iliaque adhère à la partie supérieure gauche du fibrome. On ne tarde pas à s'apercevoir qu'il

s'agit d'un gros fibrome cervical antérieur ayant repoussé le péritoine antervésico-utérin et développé entre les deux feuillets du ligament large gauche et les deux feuillets du mésocolon iliaque.

On procède à l'énucléation du fibrome en incisant transversalement le péritoine pré-utérin recouvrant la face antérieure de la tumeur et on rabat de chaque côté la moitié correspondante. Mais, comme le fibrome s'étend jusqu'au ligament large gauche et le mésocolon iliaque, on s'occupe ensuite du décolement de la vessie fortement adhérente à la tumeur, décolement pénible, pendant lequel la vessie est ouverte sur un étendu de cinq centimètres environ.

Hystérectomie. — De droite à gauche suture vésicale soignée, ligature de tous les pédicules. Suture du feuillet incisé du mésocolon iliaque; péritonisation avec l'intestin, fermeture du ventre à trois plans sans drainage; pansement à la teinture d'iode, sonde vésicale à la demeure.

Examen des piéces. — Gros fibrome très œdémateux, pesant quatre kilogs, de forme ovoïde, à grand axe vertical et tirant son origine de la partie supra-vaginale du col utérin, dont on peut facilement l'énucléer. L'utérus, au-dessous de la tumeur, libre dan toute l'étendue de son corps, est gros, présentant de nombreux noyaux fibromateux interstitiel. Ovaire et ligament rond œdémateux, trompe augmentée de volume.

Suites opératoires parfaites. Un peu de dysurie pendant quelques jours; après l'enlèvement de la sonde à demeure, la malade quitte le service en parfait état trois semaines après l'opération.

Le début, comme dans l'observation ci-dessus, est lent et insidieux.

L'hémorragie est un des symptômes importants de la

maladie; il y a des ménorragies auxquelles viennent s'ajouter souvent des métrorragies. Legale-Lassale prétend que les pertes sanguines ne sont pas très abondantes dans les fibromes du col et ceci parce que ces tumeurs tant loin de la muqueuse, n'ont pas sur elle l'action irritative des autres fibromes. Cette explication ne nous paraît pas très admissible à l'heure actuelle où on attribue les hémorragies utérines dans les fibromes à une cause ovarienne. D'après les derniers travaux, la muqueuse n'aurait qu'un rôle tout à fait secondaire.

De plus, nous ne croyons pas que les hémorragies soient moins abondantes dans le fibrome du col que dans ceux du corps. Dans l'observation de M. de Rouville, la malade avait des ménorragies abondantes. La malade de Mauclaire était très affaiblie par les métrorragies et dans presque tous les cas publiés, nous voyons l'existence de ce symptôme.

La leucorrhée est notée dans un assez grand nombre d'observations.

A côté de ces manifestations, communes dans tous les fibromes utérins, les myomes de la région supra-vaginale présentent encore des troubles spéciaux dus à la situation particulière de ces tumeurs dans le bassin et leurs rapports avec les organes voisins.

Si les troubles urinaires et intestinaux, si les douleurs s'observent pendant l'évolution des fibromes en général, ils sont surtout nets et accentués dans les fibromes du col. C'est ainsi que la malade se plaint de bonne heure de pollakiure (Sutton). Dans d'autres cas, le col vésical est fortement comprimé par la tumeur, d'où rétention (Bérard et Murarde).

Les hématuries ont été notées par Hartman.

On comprend aisément combien l'infection est facile

pour ces vessies qui ont des formes irrégulières et qui se vident si mal. A la suite d'un cathétérisme ou bien à cause du voisinage du vagin (Colibacille) on voit fréquemment survenir des cystites avec toutes leurs conséquences pour les reins et l'état général.

Avant de quitter le domaine des voies urinaires, disons que l'uretère peut être comprimé, coudé et qu'il en résulte de l'hydronéphrose ou de l'atrophie rénale.

Intestin. — Un autre organe qui est intéressé par l'augmentation de volume du fibrome est l'intestin. Les malades sont constipées et, dans quelques cas très rares, on a signalé occlusion intestinale.

Vaisseaux et nerfs. — Les vaisseaux iliaques sont quelquefois comprimés et provoquent un œdème des membres inférieurs. La compression des nerfs est plus fréquente; elle occasionne des douleurs, qui, dans certains cas, sont très violentes (Bérard et Murard).

Signes physiques. — Hémorragie leucorrhée, troubles urinaires et intestinaux, phénomènes de compression des vaisseaux iliaques et du plexus sacré, tel est le tableau clinique du fibrome du col.

L'examen va nous donner d'autres renseignements.

Le toucher combiné au palper montre la présence d'une tumeur dure, bosselée, remplissant le cul-de-sac, si bien qu'il est souvent difficile d'introduire le doigt entre le col et la symphyse.

La tumeur peut être très mobile dans la variété antérieure et postérieure. Dans ce cas, le doigt qui est dans le vagin peut imprimer des mouvements qui se transmettent à la tumeur.

Dans le cas de fibrome latéral, celui-ci est inclus dans le ligament large et il présente alors le signe classique de tumeur incluse.

Par l'hystérométrie, on se rend compte de l'augmentation en hauteur de la cavité utérine. Le toucher rectal est indiqué surtout dans le cas de fibrome postérieur, il peut donner des renseignements utiles sur la mobilité et la connexion de la tumeur.

EVOLUTION — COMPLICATIONS

Evolution. — En augmentant de volume, les fibromes du col peuvent présenter deux types : ils restent dans le pelvis et nous assistons alors à la plupart des troubles étudiés dans le chapitre de la symptomatologie, ou bien ils remontent dans l'abdomen.

Dans ce dernier cas, ils peuvent présenter des troubles beaucoup plus atténués. Si on n'intervient pas, la terminaison pourra se faire par l'atrophie de la tumeur. Mais des complications sérieuses peuvent modifier le pronostic.

Complications. — Nous avons parlé des complications urinaires et intestinales. La torsion pédonculaire est rare. Mais on peut voir survenir des complications septiques (suppuration, gangrène), la dégénérescence de myocarde, la dégénérescence maligne du fibromyome. Une autre complication peut résulter de la compression exagérée du col, c'est l'*hématimétrie* signalée par Levison.

PRONOSTIC — DIAGNOSTIC

Pronostic. — Il est facile de dégager le pronostic de la description que nous avons faite des symptômes et de

la marche de la maladie. D'une façon générale le pronostic doit être toujours réservé dans toutes les tumeurs « bénignes », laissé à elles-mêmes. Mais, dans le cas qui nous occupe, le pronostic est aggravé par les complications viscérales qui sont fréquentes et d'apparition rapide.

Diagnostic. — Un premier point qu'il faudra étudier est le suivant : la tumeur appartient-elle à l'utérus?

Pour cela, il faut faire le diagnostic avec les tumeurs ovariennes ou salpingiennes, l'hématocèle rétro-utérin, les annexites, la grossesse extra-utérine, les kystes inclus.

Le diagnostic avec les tumeurs annexielles est assez difficile. On pourra cependant éliminer cette hypothèse parce que dans le cas de tumeur annexielle, celle-ci est séparée de l'utérus; la cavité utérine n'est pas augmentée. L'hématocèle rétro-utérine sera reconnue grâce aux commémoratifs, à sa consistance, qui est moins dure que celle d'un fibrome aux bords peu nets de la collection.

Dans l'annexite, on a affaire à des masses à contours irréguliers fixes, séparés de l'utérus, douloureuses.

On éliminera l'hypothèse de grossesse extra-utérine, parce que dans ce dernier cas, le col est ramolli, il y a des modifications du côté des seins et le cortège des symptômes symptomatiques de la grossesse.

Les kystes inclus du ligament large peuvent être confondus avec un fibrome du col, mais le kyste est rénitent, séparé de l'utérus qui est petit et facile à délimiter; il faut se demander enfin, si la tumeur que l'on sent n'est pas un utérus rétrodévié. Dans le cas de rétroversion utérine, on ne sent pas l'utérus par le palper hypogastrique, le col et le corps se continue, l'hystérométrie enfin lèvera le doute.

Dans ce diagnostic, il faut toujours se méfier de la vessie. En effet, dans quelques cas, les hématuries ont fait

émettre le diagnostic de tumeur vésicale. La cystoscopie, dans ce cas, est indiquée.

Dans d'autres cas, on a pris la vessie dilatée pour un kyste de l'ovaire (Tavernier et Chalien).

Le diagnostic de fibrome étant fait, il faut établir qu'il s'agit d'un fibrome de la portion supra-vaginale du col de la partie antérieure de l'utérus. Pour cela, il faut voir si la tumeur présente les signes physiques que nous avons déjà décrits.

FIBROME DU COL ET GROSSESSE

Dans le cas de grossesse, les fibromes du col sont intéressants à étudier, parce qu'ils sont au niveau ou tout près de la filière pelvio-génitale et qu'ils peuvent provoquer des accidents sérieux. Nous étudierons d'abord la modification que le fibrome subit pendant la grossesse. Nous verrons ensuite l'influence du fibrome sur la grossesse et l'accouchement.

Modifications du fibrome. — Elles sont au nombre de deux: hypertrophie et ramollissement. Pendant la grossesse, l'utérus étant le siège d'une vascularisation très abondante et très active, le fibrome en profite pour augmenter de volume, s'hyperplasier. Tous les fibromes n'augmentent pas dans les mêmes proportions, avec la même intensité. Ceux du col se trouvent dans une région moins vascularisée que ceux du corps, et sont aussi le siège d'une hypertrophie moindre.

Le ramollissement est expliqué par une infiltration œdémateuse de la tumeur. Pendant la grossesse, il n'est pas rare de noter un déplacement de fibrome du col. Ceux-ci

suivent l'utérus dans sa marche ascensionnelle, ils quittent le petit bassin et passent au-dessus du détroit supérieur en pleine cavité abdominale.

Influence des fibromes du col sur la grossesse

Ces tumeurs prédisposent aux présentations vicieuses en déformant le segment inférieur. Elles peuvent aussi provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Les troubles de compression deviennent beaucoup plus grandes quand le fibrome est enclavé dans le bassin, à côté de l'utérus gravide. Les accidents urinaires, intestinaux, nerveux, atteignent alors le maximum. Pendant l'accouchement les myomes du corps ne modifient pas beaucoup l'évolution du fœtus, il n'en est pas de même de ceux du col, qui sont sur la voie de passage, prœvia et peuvent compliquer très sérieusement la marche de l'accouchement. Les tumeurs du segment inférieur peuvent subir un mouvement d'ascension, tiraillées qu'elles sont pour les fibres du corps (Tarnier); mais on n'observe pas cette évolution favorable pour les fibromes insérés plus bas. La dilatation du col est très gênée et on a le droit de craindre dans ces cas un travail très pénible et très long, pouvant entraîner la rupture utérine.

Influence du fibrome dans la délivrance. — Il n'est pas rare de noter des hémorragies ou de la rétention placentaire.

Pendant les suites de couches le fibrome regresse en même temps que l'utérus, mais il peut survenir des complications sérieuses: la tumeur comprimée pendant la grossesse et le travail devient facilement la proie des mycroorganismes et on voit en résulter de la suppuration de la

gangrène même, ce qui aggrave singulièrement le pronostic.

Quand on a diagnostiqué fibrome du col et grossesse, il faut, comme le conseillent Treul et Brindeau, faire le toucher vaginal et le toucher rectal avec soin et répéter à plusieurs reprises; ils donneront des renseignements précieux sur l'insertion, la mobilité du fibrome et on en tirera des indications très utiles pour la conduite à tenir.

TRAITEMENT

A. Traitement médical. — On a préconisé l'hydrastis canadensis, l'ergot de seigle, l'arsenic, les eaux minérales (chlorurées, sodiquées); chacun de ces médicaments est resté un moment en vogue, mais aujourd'hui, ils sont tous tombés en désuétude. Ce traitement peut en effet diminuer un peu les pertes sanguines, mais reste sans action sur le volume et la croissance de la tumeur.

Electrolyse. — Elle a été perfectionnée en France par Apostolie, mais elle n'est pas le traitement idéal. Ses effets hémostatiques sont temporaires, ainsi que son action sur la néformation myomateuse. Son application n'est pas enfin sans danger puisque Delbet signale 17 décès sur 659 fibromes traités par cette méthode.

Radio et Radiothérapie. — La radiothérapie des fibromes est de nouveau très discutée depuis le rapport de Beclère au dernier congrès de gynécologie de Bruxelles (1919) Depuis cette date, de nombreuses observations ont

été publiées, les unes favorables, les autres contraires à cette nouvelle méthode de traitement.

La question a été très discutée à la Société de chirurgie de Paris (séance décembre-janvier 1920), et l'accord ne s'est pas réalisé sur les indications de la radiothérapie. Si J.-H. Faure en est très partisan, Quenu et Delbet font des réserves; Routier est l'adversaire de la nouvelle méthode. Ce qui se dégage de toutes les discussions, c'est que la radiothérapie est d'une valeur incontestable, mais qu'il faut savoir servir les cas et bien poser les indications.

D'une façon générale, la radiothérapie donne de bons résultats chez les femmes s'approchant de la ménopause. Quant aux autres, les plus jeunes, les hémorragies s'arrêtent après le traitement, mais on ne voit pas toujours une évolution de la tumeur.

La radiothérapie a plus de partisans. D'après M. Faure, une séance de quinze minutes suffit pour amener la rétraction du fibrome et la cessation des hémorragies.

Traitement chirurgical. — On a d'abord cherché à attaquer les fibromes par voie indirecte ou bien on a été surtout préoccupé par un seul symptôme, l'hémorragie.

Contre cette dernière, on a pratiqué et on pratique encore le curetage. On peut voir à la suite de cette intervention une atténuation dans l'intensité des métrorragies, mais la cause reste, le corps fibreux continue à augmenter et la symptomatologie ne tarde pas à redevenir ce qu'elle était avant le curettage.

Ligature atrophiante. — L'opération consiste à la ligature des utérins; elle a été pratiquée en France principalement par Tuffier. C'est une intervention délicate qui n'a pas gardé ses promesses; après une période d'accalmie, le fibrome reprend son développement. En effet, Hartmann et Fredet ont démontré qu'il se fait des anastomoses et que

la circulation se rétablit dans l'utérus grâce aux artères de la fesse.

Castration des ovaires (opération de Batley-Hégar). — On voit souvent après cette opération la tumeur rétrocéder les hémorragies disparaître, mais les effets ne sont pas constants. Aussi, conseille-t-on l'opération de Batley aux femmes qui sont trop affaiblies pour supporter une hystérectomie.

Après ces opérations qui cherchent à influencer les fibro-myomes par voie indirecte, il y en a d'autres qui s'attaquent à la tumeur elle-même ; c'est l'énucléation par voie vaginale.

Incision du col, ouverture de la capsule, énucléation de la tumeur, extraction, voilà les temps principaux de cette opération, ardemment défendue par Amusat.

Emmet conseillait le morcellement de la tumeur avant l'extraction. Plan et Segond perfectionnèrent la technique, mais ce nouveau procédé a été vite délaissé. C'est une intervention fatigante, le plus souvent aveugle à cause de l'hémorragie abondante. On a cité des cas de perforation utérine.

On pourrait cependant conseiller cette méthode dans les cas de fibrome sous-muqueux, peu éloigné du col, chez des femmes jeunes, où il y a tout intérêt à conserver l'utérus.

Énucléation par voie abdomidale. — Procédé moins aveugle, mais qui ne garantit pas des récidives.

La myomectomie transpérinéale trouve sa principale indication dans les fibromes postérieurs du col. On incise d'un ischion à l'autre, on dissocie la cloison recto-vaginale, et on tombe sur la tumeur. Pozzi ne conseille la voie périnéale que pour les fibromes infectés.

Il nous reste à parler du traitement radical, le plus généralement appliqué aujourd'hui, l'hystérectomie.

Hystérectomie. — A quelle voie donnera-t-on la préférence, à la voie abdominale ou à la voie vaginale?

L'hystérectomie vaginale est très pénible dans les cas de fibrome, il faut procéder par morcellement et on a des risques sérieux d'hémorragie secondaire. Le cas de la voie vaginale peut être conseillé si on se trouve en présence d'un fibrome sphacelé et infecté.

C'est à la voie abdominale qu'on s'adressera le plus souvent.

Faut-il faire l'hystérectomie sub-totale ou bien totale? La lutte a toujours été ferme en ce point et la discussion a repris dernièrement au congrès de Bruxelles à la suite du rapport de J.-L. Faure et Bégouin.

M. le professeur de Rouville a mis très judicieusement les choses au point dans une communication qu'il fit à la Société des sciences médicales de Montpellier; il a démontré qu'avec un complément à la sub-totale, complément qui est l'évidement sytématique du col, on évite tous les reproches qu'on a adressés à la totale, ou à la sub-totale. On ne risque plus la cancérisation du moignon ou l'infection du vagin, puisque la muqueuse et les glandes sont enlevées. L'hémostase est facile parce qu'on n'intéresse pas le gros paquet vasculaire.

Le drainage, enfin, devient très facile s'il est indiqué de le faire.

Dans l'hystérectomie pour fibromes du col, un temps très délicat est l'isolement de la tumeur et de la vessie. On risque fort de blesser les uretères déplacés ou la vessie. Hofmeiller considérait la blessure de la vessie comme inévitable. Cette complication, heureusement n'est pas très grave.

La vessie suturée se cicatrise rapidement; l'observation que nous avons rapportée en est un exemple.

Pour les fibromes coincés, fixés dans le bassin, Quenu conseille l'énucléation précédant l'hystérectomie; il faut enlever un fragment de la tumeur; celle-ci diminuée de volume, devient mobile et se laisse facilement déplacer.

Conduite a tenir dans le cas de fibrome du col et grossesse. — Pendant la grossesse on n'interviendra qu'exceptionnellement, s'il y a des troubles de compression grave. Dans ce cas, on peut tenter l'énucléation par voie abdominale.

Pendant le travail on a conseillé de refouler les tumeurs mais on a signalé à la suite du refoulement, l'hémorragie ou la torsion du fibrome. La césarienne conservatrice ne donne pas de bons résultats, puisque le fibrome laissé sur place provoque des complications secondaires.

La meilleure intervention est la césarienne suivie de l'hystérectomie sub-totale. M. de Rouville a hystérectomié ainsi une femme sur laquelle M. Vallois venait de faire une césarienne.

La dernière statistique porte sur 43 cas de césarienne suivie d'hystérectomie sub-totale, celle de Troell porte 7,1 p. cent comme mortalité maternelel et 20 p. cent de mortalité fœtale.

Pendant les suites de couches, il faut se méfier de la suppuration du fibrome. Dans ce cas, l'hystérectomie est urgente.

CONCLUSIONS

Les fibromes du col auxquels il faut joindrer ceux de la parti inférieure de l'utérus, sont intéressants par leur situation dans le pelvis et les rapports importants qu'ils y contractent.

Dans leur symptomatologie, on note surtout des troubles urinaires et intestinaux, quelquefois des douleurs.

Ils peuvent provoquer des accidents de compressions très graves sur les uretères ou la vessie.

Dans le cas de fibrome du col et grossesse, le fibrome devient très souvent dystocique en prédisposant aux présentations vicieuses, au placenta proévia et en empêchant le passage du fœtus.

Le traitement est l'hystérectomie abdominale sub-totale avec évidement du col; s'il y a grossesse et si le fibrome est dystocique, on fera pendant le travail, la césarienne suivie de l'hystérectomie.

BIBLIOGRAPHIE

Lejars. — Note sur les fibromes cervicaux à développement antérieur. *Annal. gyn.* 1906, p. 577.

Bérard et Murard. — *Lyon Médical,* 1911.

Lewis Smead. — *Americ. Journal of obst.,* novembre 1911.

— *Analys. dans Sem. méd.,* 1912, n° 12, p. 137.

Tédenat. — *Gynécologie,* avril 1914.

Sutton the lancet, 1905, p. 931.

Vallois. — Distocie pour fibromes, prœnia, opération césarienne, hystérectomie, guérison. *Bull. réunion obt. et gyn.*, Montpellier, 1910.

Forgue et Massabuau. — Gynécologie. *Le traité de chirurgie.*

Legal-Lassale. — Des fibromyomes du col de l'utérus. *Thèse Paris,* 1914, p. 174.

Rouville (de) et Cohen. — *Bull. doc. sciences médicales de Montpellier,* février 1920.

Rouville (de). — *Soc. sciences médicales, Montpellier,* 23 janvier 1920.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 1er juillet 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 29 juin 1920.
Le Doyen,
MAIRET.